

针刺井穴配合口服中药对进展性卒中急性期伴胃溃疡的疗效分析

樊明法 何枚梅 樊蓉

(湖北省荆州市特种针法研究会樊世国医馆,湖北省荆州市荆州区内环南路88号,434020)

关键词 进展性卒中,急性性胃溃疡/针灸

笔者自1999~2005年对5例进展性卒中(SIP)伴急性性胃溃疡,放弃常规治疗,自愿针灸服中药治疗的患者,治疗3个疗程后,用美国脑卒中结局量表(AHA, SOC)评估其独立完成基本日常生活活动(BADC)和工具性生活活动(IADL)的恢复能力。患者无1例死亡,临床疗效满意。现报道如下。

1 临床资料

5例患者中男2例,女3例;年龄42~66岁,平均58.4岁;病程5~15天,平均9.2天;常规治疗4~9天,平均6.6天。5例均经CT、MRI、电子胃镜、实验室检查临床确诊,均否认胃病史。5例中缺血型伴胃溃疡3例(右基底节区多发性腔梗、小脑、丘脑梗2例;双基底节区、双枕叶多发性腔梗、左小脑半球梗1例);出血型并脑梗伴胃溃疡2例(右基底节区、颞叶、项叶部出血,左小脑梗1例;右基底节区出血,左小脑梗1例)。

2 治疗方法

2.1 针灸:急性期用消毒三棱针点刺手足十二井穴、十宣、鬼眼四穴(手足拇指/趾并拢歧逢左右爪甲旁似韭叶中点)、降压沟、点、肝阳穴各放血5~8滴,曲泽静脉放血25~50min(双侧交替,血量、次数视病情而定)。严重脑水肿、颅高压,血压120/200mmHg以上,频繁呕吐,头痛,加刺金津、玉液、涌泉放血5~8滴,用0.35×75mm毫针针刺瞳子髎透四白,留针60min;狂躁昏厥针刺兑端透水沟、素髎、悬中穴;心律紊乱多联律,用0.32×50mm毫针针刺舌针的心、心包穴0.7~1cm深,留针15min;感染发热用0.6×50mm毫针针刺合谷、大椎、复溜穴,强刺激20min;腹痛呕吐甚,针梅花穴,足三里、内关、内庭、上脘穴隔姜灸15min;下肢厥冷,神阙、涌泉、气海、关元穴隔姜灸20min。稳定恢复期:停止放血或取微血,减去灸法,主针井穴、每穴点刺5~10min/次,芒针穴组^[1],夹脊穴。

2.2 芒针穴组及针法:内关通劳宫、太冲透涌泉,神庭通百会,角孙连曲鬓、浮白,悬颅连天冲,足三里通下巨

虚、丰隆,神门通灵道,大杼通关元俞,夹脊穴,脐中四边穴,深刺长强3~4寸,小幅捻转15min,深刺申脉2.5寸,强刺激待针感上至头、下至脚尖为佳。针法,用(0.45~1)mm×(50~525)mm蟒针在穴组的起点进针后呈15°~25°度角徐徐向前刺入穴组的终点,5~10min行针1次,急性期留针40min,1~2次/日,稳定恢复期留针60min,1次/日,15日为1个疗程。结束后,休息5日再针。

2.3 中药:急性期:生大黄、川芎、赤芍、丹参、钩藤、地龙、石决明、珍珠母、葛根、石菖蒲、郁金、蜈蚣、全蝎、凤凰衣、瓦楞子、白矾、浙贝母、天竺黄、龙脑。缺血型加水蛭、桃仁、红花;缺血并出血加田七、菊三七;感染发热加石膏、黄芩、黄连、虎杖。恢复期(3周后)减蜈蚣,加黄芪、天龙、血竭共炼膏研末加炼蜜为丸,每粒8g,1次1粒,每日3次,连服3个疗程。结束后,用AHA, SOC量表测评其受损功能在BADL、IADL的恢复独立完成能力。

3 治疗结果

治疗3个疗程无1例死亡。经AHA, SOC评估,5例中有2例能独立完成BADL(包括进食、吞咽、整洁、修饰、穿衣、洗澡、大小便控制、用厕和移动),IADL(包括打电话、花钱、购物、使用交通工具、做家务、工作、参加娱乐活动)部分受限;1例能独立完成BADL,但IADL大部分受限;2例在完成BADL部分受限(≤3项),IADL大部分依赖。4例经胃镜检查,胃及十二指肠降段未见异常,1例临床症状消除未经胃镜复查。随访1~4年3例恢复正常劳动或工作,其中2例无功能缺损。

4 典型病例

患者,女,55岁,恶心呕吐、腹痛5天,头痛加重2天送某医院门诊,以高血压病收入院。入院诊断:急性胃肠炎,高血压脑病,高血压Ⅱ级,行CT检查示:小脑梗死:占位性病变?丘脑、右基底节区多发性腔梗;脑水肿幕上。心电图示:心影增大横位可能,频发性早搏,心肌劳损;大便常规(-),隐血(++)。治疗:脱水(甘露醇)、扩管(蝶脉灵)、营养脑细胞等支持疗法。

10月29日因脑梗塞面积大,告病重。行MRI检查,结果同CT检查结论;纤维胃镜检查示:胃窦溃疡。治疗减轻液体量输入,加重脱水剂剂量。11月1日病情进行性加重,会诊结论:进展性卒中,应激性胃溃疡。家属放弃治疗,自动出院。同年11月4日接诊,家属代述1992年患中风(脑梗),有头晕痛史,无胃病史,出院后一直神志恍惚,头痛、呕吐、腹痛,4天未行大便。PE:除上述症状,头面潮红,表情淡漠不语,检查不配合,颈项稍抵抗。T:38.2℃,P:52次/min,R:12次/min,BP:188/115mmHg,右瞳孔缩小,视乳头隆起,边缘模糊,眼球固定、蹇颤,视物不清,对光反应迟钝,面肌麻痹右侧明显,右额纹浅,口角左斜,鼻唇沟浅,吞咽反呛,右手足徐动,双下肢湿冷,肌张力稍强,双下肢、左上肢腱反射亢进,巴氏征(+),布氏征、克氏征(-)。腹部轻度胀气,压痛,无反跳痛,肝脾肋下未触及。心律慢,不齐,频发早搏和二联律,双中上肺闻及湿性啰音,余尚可。右脉未及,左脉沉伏、结涩,舌紫暗有瘀斑点,苔厚腻黄。根据CT、MRI、胃镜等检查,结合病史,临床诊断:进展性卒中伴应激性胃溃疡。治疗:进展急性期:平肝涤痰、化痰通腑;稳定恢复期:化痰通络、调督醒脑。针灸、口服中药按上述方案治疗。11月8日,基本配合检查,构音不清,嘶哑,指鼻、耳等试验不稳,精细动作不灵,心律偶现早搏,呼吸粗糙,未闻及湿性啰音,呕吐、出汗控制,黑便1~2次/日,腹痛减轻,夜间头痛,持续约5min。肌力:右上肢Ⅲ级,下肢Ⅰ级,左上肢Ⅲ级,下肢Ⅱ级。治疗减十宣、降压沟、点、肝阳、曲泽放血。续刺十二井穴取微血,针头体、芒针穴组,夹脊穴和灸穴组。中药大黄改酒炒,每天煮食淡豆豉50g。11月15日,语音清晰,头痛、腹痛等症状消除。治疗减灸穴组,余穴组续刺。中药减石膏、蜈蚣,加黄芪、天龙、血竭与余药炼膏研粉炼蜜为丸,每粒8g,日服3丸,连服3个月。同年12月8日用AHA、SOC评估,BADL能独立完成,IADL部分受限。随访4年无功能缺损,正常参加劳动。

5 讨论

SIP是指在发病1周内经临床治疗病情进行性加重的卒中^[2]。应激性胃溃疡与脑中风有密切关系,引发卒中高达78.6%^[3]。脑缺血出血程度越重,神经元不可逆损害所需时间越短,超过时间窗再灌注损伤可导致脑水肿面积扩大或脑疝,而脑水肿加重扩散亦是SIP病变原因之一。当务之急在于消除脑水肿,降低颅压,控制并发症。其病理改变多与脑缺血、出血期脑组织代谢聚集有关,尤其乳酸的增多,同时ATP的锐减导致泵功能衰竭,使细胞内钙、钠、氯化物和水分离

留,两者共同作用加剧了脑水肿,而脑水肿的加重扩散又加重了卒中的病理改变。其有形成成分和无形的病理改变与中医的阴阳失衡,气机逆乱,痰火壅盛,气化功能失常,致三阴三阳开合枢功能失调,气街失畅有极重要关系。气化失常,开合枢失调,痰火壅盛,气街失畅则路阻必瘀、瘀腐成毒。脑脉阻滞,则泻毒、积血、滞水,失净、失执元神之职,则多功能病理改变。针刺井穴调节阴阳开合枢功能治其本(根结“根”,井穴亦乃经气的发源地)，“夫四末阴阳之会者,此气之大络也。四末解气从合,相输如环”《灵枢·动输》,加之刺芒针穴组(神经的靶)范围广,更有效激发气化机制(脏腑、经络)的气化效应,平衡阴阳,逆转气机,改善脑血管瘀滞,加快脑侧枝循环建立,增加血氧的供应量,使凋亡的脑细胞复活或减缓脑细胞死亡,促进神经细胞的新生和功能的恢复。针刺头脰腹等穴、放血治其标“结”,有助于“去菟陈者,去其恶血也”(《素问·针解》),调节新陈代谢,促进活血通络祛瘀,加快痰火、毒物等病理产物清除。刺十二井穴还起到“微动四级”之效,如刺少商穴启动肺气的宣化、肃降、通调作用;隐白、历兑促进脾胃的运化、升降、转输;关冲对三焦的通化,至阴对膀胱的气化,涌泉对肾气的蒸化,大敦对肝气的疏泄作用,或调畅周身气机的通达,使气的运行通而不滞,敞而不郁,或调畅水液代谢,使津液输布代谢增强,加快脑水肿、血肿的消除。刺大敦还可调节脾胃的升降作用,抵御毒物对胃黏膜的攻击,促进溃疡的愈合。实验研究刺足三里阳明经等穴,对迷走神经有双向调节,既可降低迷走神经的紧张性,使胃酸分泌减少,亦可使其紧张度增强,通过小肠内促胰液分泌素和肠高血糖增加,抑制胃酸的分泌,或减少胃蛋白酶元、十二指肠内容的反流。阻断迷走神经和/或组织胺H₂受体的传递,加快溃疡面的愈合,尤其留针时可使胃的血流量增加,组织迅速新生,黏膜修复^[4]。加服中药亦有加强平肝熄风通络,涤痰排毒、抗栓、抗炎、抗菌,改善脑循环特别是微循环,改善脑缺氧缺血状态,加速脑水肿、血肿的吸收,促进受损神经功能的修复。

参考文献

- [1]樊明法,何川,樊蓉,等.芒针加指针对治疗脑瘫及其刺法的探讨.中国针灸,2001,21(6):327.
- [2]汪俊艳,董玉娟,李娜,等.进展性卒中的相关因素研究.脑与神经疾病杂志,2001,9(3):147.
- [3]周志卫,吕传真.小脑中风与急性胃黏膜病变的临床研究.临床神经病学,1998,11(6):350.
- [4]王燕平.消化性溃疡的针灸治疗概况.中国针灸,1999,9:571-573.

(2007-06-11收稿)